

Université de Bamako

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2008-2009

N°...../

Thèse

IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE
« CHANCE » DANS LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE BAFOULABE.

RESULTAT 2005

Présentée et soutenue publiquement le/2008
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par : Mr. Landry Tchoko LEGHEDA

Pour l'obtention du Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury

Président :	Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Membres :	Docteur Adama DIAWARA Docteur Lamine TRAORE
Directeur de thèse :	Docteur Sanoussi BAMANI

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A mes parents : Emile Tchoko et Angélique Ngondi Keyi

Merci pour toute l'affection que vous m'avez offerte sans conditions jusqu'aujourd'hui. L'amour de ses proches et le respect de son entourage, c'est en grande partie à vous que j'ai eu cela. Vous avez créé en moi l'envie et le courage d'affronter des situations difficiles. Vous serez fier de moi car vos efforts seront récompensés. J'essayerais de transmettre le mieux que possible cet héritage à mes frères et sœurs. Que DIEU puisse vous prêter longue vie.

A mes frères, sœurs, cousins et cousines Mireille, **Octavie, Chimène, Harris, Ken karlet, Miria, Belle, Vladimir, Loic, Poupon, Poupi.**

Loin de vous la vie a un sens si différent ! L'union, la complicité et la joie de vivre qui ont toujours existé dans la famille m'ont permis de faire naître ce modeste travail. Soyez en assurés, je serais toujours là pour vous, je vous aime très fort.

A mes grands parents **feux Tata Pinda, Kemba, Polichi, Tchocko, Missesse, Tante Rose.**

Je suis très fier de vous. Reposez en paix.

A mes grands parents Tonetti, Mboudi

Merci infiniment pour toute l'affection que vous m'aviez apportée digne de cela. Vous vous êtes toujours acquitté de votre devoir.

Que DIEU puisse vous prêter longue vie.

A mes oncles et tantes

Vos conseils m'ont éclairé. En témoignage de ce que j'ai reçu de vous, je vous dédie ce modeste travail.

Au Dr Ethoughé et sa famille

Vous m'avez accueilli et accepté comme votre fils et frère. Je vous remercie infiniment de votre grande générosité et que DIEU vous apporte du bonheur.

REMERCIEMENTS

A **DIEU**, le Tout Puissant, de m'avoir permis de mener à terme ce modeste travail.

A tout le personnel du PNLC en particulier : **Dr Dembélé, Mrs Famolo Coulibaly, Mrs Daouda Coulibaly, Mrs Lamine Diallo, Mrs Faiira Keita, Mme Cissé, Mme Adam, Mme Bintou, Dr Aboubacar Koné, Dr Kadiatou Bâ, Dr Oumou Touré, Dr Kassim Sangaré.**

Merci pour votre fructueuse collaboration et votre disponibilité.

Aux faisant fonction d'interne **Mme Coulibaly Sadio Sissoko, Moussa et Mamadou Traoré, Koiita.**

Ce fut un plaisir de partager les tâches avec vous dans le service.

A la famille Makadji.

Merci de l'attention que vous avez accordée à ma personne.

A la famille Konaté.

Merci pour votre accueil.

A Mlle Nelly Louise Yeno Nkoma

Merci pour tout.

A Mlle Maiimouna Tarnaguida

Merci infiniment

A mes cousins et cousines **Ravla, Cynthia, Elsa, Alida, Alban, Jerry, Joseph.**

Vous avez été toujours là au moment où j'avais besoin de vous.

Au Pr Abdoulaye Diallo, Dr Diango Djibo, Dr Broulaye Samaké

Vous nous avez donné une formation exemplaire dans votre service d'anesthésie et de réanimation. Nous serons toujours fiers de vous.

Au Dr Youssouf Sidibé

Vous avez été un grand frère pour moi. Vous avez été toujours là au moment où j'avais besoin de vous.

Aux amis : **Dr Moussa Coulibaly, Dr Kader Sidibé, Alban, Moussa Kéita, Issa Sangaré, Karamoko, Haron, Armel, Brice, Francis, Christelle, Rodrigue, Teddy, Ralph, Michelle.**

C'est grâce à vous que je me suis vite adapté ici au Mali.

Aux faisant fonction d'interne d'anesthésie et réanimation.

Ce fut un plaisir de partager les tâches avec vous dans le service.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY **Professeur Sidi Yaya Simaga**

-Professeur Honoraire de Santé Publique

-Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher Maître,

Permettez- nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre souci de transmettre vos immenses connaissances aux autres font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher Père, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE **Docteur Adama Diawara**

-Maître assistant en Santé Publique

-Directeur de L'Agence d'Évaluation des Hôpitaux

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury. Nous admirons vos qualités scientifiques et nous sommes fiers de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE **Docteur Lamine Traoré**

-Maître assistant en Ophtalmologie

-Responsable du Département de Recherche et de Santé Publique à l'IOTA.

Cher maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité permanente et vos qualités scientifiques ont forcé notre admiration.

Veillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE **Docteur Sanoussi Bamani**

-Maître assistant en Ophtalmologie

-Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC).

Cher maître,

Depuis nos premiers pas dans le service, vous nous avez assuré un encadrement de qualité. Nous sommes flattés d'avoir appris à vos côtés. Votre richesse scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur et votre constante disponibilité ont cultivé en nous l'amour pour l'ophtalmologie et nous serviront de modèle.

Vos qualités humaines et votre attachement aux patients font de vous un être particulier et admiré de tous. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Soyez assurés, que vos nombreux conseils et enseignements n'auront pas été vains et serviront de repère dans notre vie professionnelle.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

CH ANCE : Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage, Changement de l'Environnement.

C O : Opacités Cornéennes

D MLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

IECS : Information Education Communication pour la Santé

IOTA : Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique

ITI : Initiative Trachoma International

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPC : Organisation pour la Prévention de la Cécité

PNLC : Programme National de Lutte contre la Cécité

SDN : Société Des Nations

TA : Trachome actif

TF : Trachome Folliculaire

TI : Trachome Intense

TS : Trachome Cicatriciel

TT : Trichiasis Trachomateux

WHO : World Health Organization

SOMMAIRE

I.Introduction et Objectifs	2-4
II.Généralités	5-14
III. Méthodologie	15-20
IV.Résultats	21-34
V.Commentaires et Discussions	35-39
VI.Conclusion et Recommandations	40-42
VII.Références	43-48
Annexes	

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Le trachome est une kérato-conjonctivite transmissible, due à *Chlamydia trachomatis*, d'évolution habituellement chronique car pouvant s'étendre sur des mois voire des années. L'infection est transmise par les mains, les mouches et le contact avec des linges souillés (vêtements, serviettes, mains sales). Le trachome est une infection liée à l'hygiène des mains et du visage, à l'eau et l'assainissement. Il constitue au niveau mondial la principale cause de cécité évitable [10].

Selon l'O.M.S. dans les pays les moins développés, le trachome reste en 2004, une des principales causes de cécité après la cataracte, le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et les opacités cornéennes [23].

Le trachome est lié au niveau global de développement ce qui explique son caractère hyper endémique cécitant dans les zones de pauvreté[5].

Cette situation est particulièrement accentuée d'une part par la faible accessibilité de la population à l'eau conduisant à une insuffisance d'hygiène corporelle individuelle (mauvaise hygiène du visage), d'autre part par la fréquence des réinfections attribuables à l'exposition répétée à *Chlamydia trachomatis* suite à des contacts étroits et réguliers avec les sujets déjà malades [5].

Au Mali, l'enquête nationale sur le trachome menée en 1996-1997, a estimé la prévalence du trachome folliculaire (TF) chez les enfants de moins de 10 ans à 34,9% et celle du trichiasis trachomateux (TT) à 2,51% [18].

Depuis les années 50, le traitement du trachome reposait essentiellement sur l'administration d'antibiotiques (tétracycline en application locale pendant 6 semaines).

Dans les années 90 le bon résultat avec l'usage de l'azithromycine à dose unique et par an, et l'amélioration de l'accessibilité financière à ce produit (droit de protection et de vente tombés dans le domaine publique en 1997) ont favorisé la relance de la lutte contre le trachome par l'OMS à travers le programme « GET 2020 » (Global Elimination of Trachoma » qui repose sur la stratégie « CHANCE » [22]

Au Mali avec l'appui financier de ITI, les régions de Koulikoro (en 2000) et Kayes (depuis 2004) ont bénéficié de la donation d'azithromycine. La même ONG intervient également dans la prise en charge des interventions de trichiasis.

Le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) a envisagé une nouvelle étude de prévalence de la maladie dans les districts ayant mis en œuvre la stratégie CHANCE pendant au moins 3 ans.

La présente étude se situe dans ce cadre pour évaluer l'impact de la stratégie CHANCE après 3 ans de mise en œuvre et vise les objectifs suivants :

Objectif général

Etudier l'impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome dans le district sanitaire de Bafoulabé en 2005.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence du trachome actif chez les enfants de 0 à 9 ans.
- Déterminer la prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus.

GENERALITES

1- HISTORIQUE DU TRACHOME [13, 22, 23,24 26, 27]

Le trachome est l'une des maladies infectieuses la plus anciennement connue dans l'humanité, et existait déjà dans les cultures anciennes, par exemple dans l'ère pharaonique en Egypte et dans l'Empire Romain.

La diffusion de l'affection a été décrite et notée au cours des siècles et cette affection a atteint les proportions mondiales avec une haute endémicité en Afrique et même dans les pays européens.

Au cours des années 1800 et au début du siècle actuel, le trachome a posé des problèmes considérables liés à l'immigration. La Société Des Nations (SDN) a porté une grande attention à ce problème qui était à l'époque aggravé par l'absence de traitement adéquat contre la maladie.

La carte d'extension du trachome a été établie par la SDN et plus tard par les Nations Unies (ONU) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est basée essentiellement sur les données d'examens sur le terrain.

C'est seulement après la seconde Guerre Mondiale dans l'ère des sulfamides et des antibiotiques, que l'on a pu envisager des perspectives de contrôle mondial du trachome.

Un forum a été créé par l'OMS, seulement depuis 1947 pour envisager cette lutte mondiale. Au cours de la troisième Assemblée Mondiale de la santé en 1950, une résolution sur le trachome et des possibilités de l'éradiquer avec les nouvelles méthodes de lutte (WHA 4 : 29) a été adoptée. Ceci a conduit à créer le premier comité d'experts de l'OMS sur le trachome qui s'est tenu en 1952.

L'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA) a adopté plusieurs résolutions sur le trachome dans le contexte de la prévention de la cécité en 1969 (WHA 22 :29) puis en 1972 (WHA 25 :55) et enfin en 1975 (WHA 28 :54).

De nombreuses évaluations sur l'importance mondiale du trachome et des troubles visuels associés ont été effectuées ; la plupart des estimations n'étaient pas très précises et basées sur des données relativement limitées.

En 1979, l'OMS signalait environ 400 millions de cas de trachome.

Entre 1960 et 1970, un grand nombre de pays ont effectué des études et des recherches sur le trachome et ceci a amené à une estimation en 1981, de 500 millions de cas et 2 millions d'aveugles attribués au trachome [22].

L'OMS a estimé en 1992 qu'il y avait 146 millions de cas de trachome actif nécessitant un traitement [23].

Un questionnaire de modèle différent développé par l'OMS en 1994 pour analyser des troubles visuels provoqués par le trachome a permis d'arriver au chiffre de 5,9 millions de cas de cécité et de complications menaçant la vision pour une moyenne de 40 millions de cas de cécité.

Pour une moyenne de 40 millions d'aveugles à travers le monde, le trachome serait responsable d'environ 15,5% de cas.

Aujourd'hui, le trachome reste endémique dans les régions les plus pauvres du monde.

En Afrique sub-saharienne, le trachome représentait la 2^{ème} cause de cécité.

Selon l'OMS en 2004, 84 millions de personnes souffrent de trachome actif, 10 millions de personnes présentent de complications cécitantes de la maladie (l'entropion trichiasis), 6 millions de personnes sont déjà aveugles de cette maladie [24].

2- DÉFINITION [10]

Le trachome est une kérato conjonctivite transmissible à évolution généralement chronique due à *Chlamydia trachomatis*, caractérisée par la formation des follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et entraînant des lésions cicatricielles typiques.

3- EPIDÉMIOLOGIE [26]

Le trachome affecte environ 84 millions d'individus dans 55 pays du monde dont 7 millions sont aveugles. Il s'agit de la cécité infectieuse la plus fréquente. Le trachome touche surtout les enfants des pays tropicaux menacés par la pauvreté et les mauvaises conditions d'hygiène. Sa répartition géographique n'est pas homogène. Des « poches » épidémiologiques se rencontrent encore dans une aire qui englobe l'Afrique du Nord, l'Afrique subtropicale, le Moyen-Orient, le sous-continent indien, l'Asie du Sud-est,

l'Australie, certaines îles du Pacifique et l'Amérique latine. Il régresse partout où le développement est associé à un traitement collectif.

4- RÉSERVOIR DE GERMES [26]

Le réservoir de germes est humain. Les enfants trachomateux hébergent *Chlamydia trachomatis* au niveau des conjonctives mais aussi du rhinopharynx et du rectum. Cette dissémination témoigne d'une infection généralisée. La contamination entre enfants et les réinfections se font à partir de ces sites par plusieurs voies : les mains, le linge sale, les sécrétions rhinopharyngées et les mouches sont diversement incriminés selon les zones d'endémie. La promiscuité et le manque d'hygiène sont des facteurs de risque. C'est davantage l'utilisation de l'eau à des fins d'hygiène corporelle que son abondance ou sa pureté qui permet de diminuer la transmission.

5- PHYSIOPATHOLOGIE[26]

L'infection par *Chlamydia trachomatis* est limitée aux cellules épithéliales. La réponse immunitaire humorale est peu importante et se traduit par l'apparition d'anticorps dans le sérum et dans les larmes. L'immunité cellulaire est marquée par la formation, dans la couche sous épithéliale de la conjonctive, de follicules lymphoïdes à centre germinatif et d'infiltras de plasmocytes, de lymphocytes et de macrophages contenant des corps élémentaires trachomateux. L'épithélium conjonctival s'amincit et les cellules à mucus disparaissent.

Cette réaction immunitaire cellulaire où prédominent les lymphocytes T, puis la nécrose des centres germinatifs seraient responsables de la réaction cicatricielle du tissu conjonctif du chorion aboutissant au trichiasis. L'envahissement inflammatoire de la cornée avec néo vascularisation aboutit au pannus trachomateux. La persistance de la stimulation antigénique et l'évolution de la fibrose sont favorisées par les réinfections.

Les expérimentations animales montrent que 6 à 8 semaines après l'inoculation de la conjonctive *Chlamydia trachomatis* n'est plus décelable mais que la stimulation antigénique qui persiste serait due à la principale protéine de la membrane externe (MOMP) du genre *Chlamydia* libérée par la bactérie vivante lors de sa réplication.

6- CLINIQUE [26]

Le diagnostic du trachome est essentiellement clinique. Le trachome commence généralement tôt dans l'enfance, dès l'âge de 1 an. Il se présente alors sous la forme d'une conjonctivite chronique, caractérisée par trois signes très évocateurs :

- L'hyperplasie papillaire : la conjonctive tarsale, hyperhémisée et épaissie, estompe plus ou moins le réseau vasculaire sous jacent.
- Les follicules : granulations saillantes, translucides, jaunâtres, d'environ 0,5 mm de diamètre.
- Le pannus cornéen est un voile opalescent et vascularisé qui descend du limbe supérieur vers le centre de la cornée. Il peut parfois être accompagné de follicules au niveau du limbe. Ce stade inflammatoire représente la phase active et contagieuse de la maladie. Il persistera pendant plusieurs années, puis, vers 6-7 ans, apparaîtront, au sein de l'hyperplasie papillaire, les premières cicatrices conjonctivales d'aspect linéaire ou stellaire.

Enfin, vers l'âge adulte, il n'y aura plus ni follicules, ni papilles ; par contre la conjonctive tarsale sera parcourue de lésions cicatricielles, plus ou moins ramifiées convergeant vers le bord libre de la paupière en déterminant un sillon (ligne d'ARLT). C'est le trachome cicatriciel.

C'est la durée et surtout l'intensité de l'inflammation trachomateuse, qui déterminent le risque d'évolution vers la cécité. Chez un individu donné, cette intensité est essentiellement conditionnée par le nombre et le rythme des réinfections par *Chlamydia trachomatis*.

Les inconvénients des anciennes classifications, particulièrement sensibles lors de la réalisation d'enquêtes épidémiologiques, ont abouti à la création d'une classification simplifiée qui a été reconnue par l'OMS en 1987. Dans cette classification on note simplement la présence ou l'absence de 5 signes, indépendamment les uns des autres :

- TF : inflammation trachomateuse folliculaire : présence d'au moins 5 follicules au niveau de la conjonctive tarsale supérieure (les follicules doivent avoir au moins 0,5 mm de diamètre).
- TI: inflammation trachomateuse intense : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsale (papilles) tel que plus de la moitié des vaisseaux conjonctivaux profonds sont rendus invisibles.
- TS : cicatrices conjonctivales trachomateuses : présence de cicatrices linéaires ou stellaires sur la conjonctive tarsale supérieure.
- TT : trichiasis trachomateux : 1 cil au moins frotte sur le globe oculaire.
- CO : opacité cornéenne : présence d'une opacité cornéenne d'une densité telle qu'une partie au moins du bord de la pupille apparaît trouble à travers la zone opaque.

4- DIAGNOSTIC[26]

Il est surtout clinique. Une conjonctivite folliculaire avec pannus évoque avant tout un trachome en zone d'endémie :

- la présence de follicules tarsiens supérieurs et/ou
- la présence de follicules limbiques et/ou
- la présence d'inclusions de chlamydia au frottis conjonctival

8- TRAITEMENT [23]

Il est basé sur la stratégie « CHANCE »

C'est une stratégie recommandée par l'OMS. Au Mali elle est mise en œuvre par le PNLC avec l'implication de ses partenaires dans le cadre de « GET 2020 » (Global Elimination of Trachoma), qui s'appuie sur la communauté et qui est destinée à combattre le trachome en traitant l'infection et en réparant les dégâts qu'elle cause.

Cette stratégie permet également d'améliorer l'accès aux soins dans la région où la maladie est endémique et de s'attaquer à ses causes sous-jacentes.

La stratégie « CHANCE » est faite de quatre (4) composantes :

CH : Chirurgie dans le cadre du traitement du trichiasis

A : Antibiothérapie pour le traitement des cas de trachome évolutif

N : Nettoyage du visage pour prévenir la transmission de la maladie
d'un enfant à un autre

CE : Changement de l'environnement par l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement pour se débarrasser de la maladie.

Dans le cadre du cercle de Bafoulabé la stratégie « CHANCE » a été mise en œuvre en 2003 et elle est coordonnée par le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) et l'International Trachoma Initiative (ITI).

Les différentes activités menées pour la réalisation des volets de cette stratégie dans le cercle de Bafoulabé étaient comme suit :

Chirurgie :

Elle se fait pour les cas de trichiasis et la méthode chirurgicale la plus pratiquée et la plus efficace est celle de Trabut.

La chirurgie peut se faire soit en centre fixe soit en stratégie avancée par le déplacement d'une équipe d'agents de santé vers la population.

Antibiothérapie :

Il s'agit d'un traitement de masse pour toute la population de la zone endémique. Elle est utilisée pour le traitement du trachome évolutif.

Elle se fait essentiellement par l'Azithromycine sous forme de suspension buvable et de comprimés ainsi que par la tétracycline pommade à 1%.

L'approvisionnement de l'Azithromycine est financé par l'ITI.

La distribution de l'Azithromycine à la population se fait surtout par les relais communautaires au niveau des villages et les chefs de postes médicaux.

Ainsi le traitement chez les enfants de moins de 6 mois se fait par la pommade tétracycline 1%, soit 2 applications par jour pendant 6 semaines.

Chez les enfants de 6 mois et plus, ainsi que chez les adultes on utilise l'azithromycine en sirop et en comprimé.

L'antibiothérapie se fait par une prise unique annuelle de 20 mg/kg de poids corporel d'Azithromycine par voie orale.

A cause de la difficulté de la mesure du poids dans le traitement de masse du trachome l'Azithromycine est donnée en fonction de la taille de l'individu avec l'utilisation des toises.

Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement :

Ces volets se font essentiellement par les activités de sensibilisation (IEC).

L'utilisation des médias locaux de proximité et d'agents de santé pour véhiculer les messages sur l'importance de nettoyage du visage des enfants avec de l'eau, du risque couru par l'exposition aux mouches, de la nécessité de construire des latrines pour lutter contre les mouches, de la gestion convenable des ordures, de la séparation et de l'aération des parties du logement réservées au sommeil.

9-Résultats de l'enquête nationale de prévalence du trachome de 1996-1997 (18).

Cartographie du trachome au Mali: résultat d'une enquête nationale. Bulletin de l'OMS, 70,6 :599-606.

● Le trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans.

Répartition de la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans.

Région	TF (%)	TI (%)
Kayes	42,5	5,9
Koulikoro	33,5	1,5
Sikasso	31,7	4,9
Ségou	23,1	0,3
Mopti	44,1	7,2
Tombouctou	31,7	5,9
Gao Kidal	46,2	8,5
Total	34,9	4,25

La prévalence nationale du trachome actif était de 34,9%. Celle de la région de Kayes était de 42,5%.

Les enfants de 3 ans étaient les plus affectés avec 49,2%. Le trachome actif était un peu plus fréquent chez les garçons que chez les filles avec respectivement 35,7% et 34,3%.

● Le trachome actif chez les femmes de 15 ans et plus.

La prévalence du trachome actif était 13,3% dans la tranche d'âge 15-20 ans et de 5,8% chez les 20-30 ans.

● **Le Trichiasis trachomateux (TT) et le trachome cicatriciel chez les femmes de 15 ans et plus.**

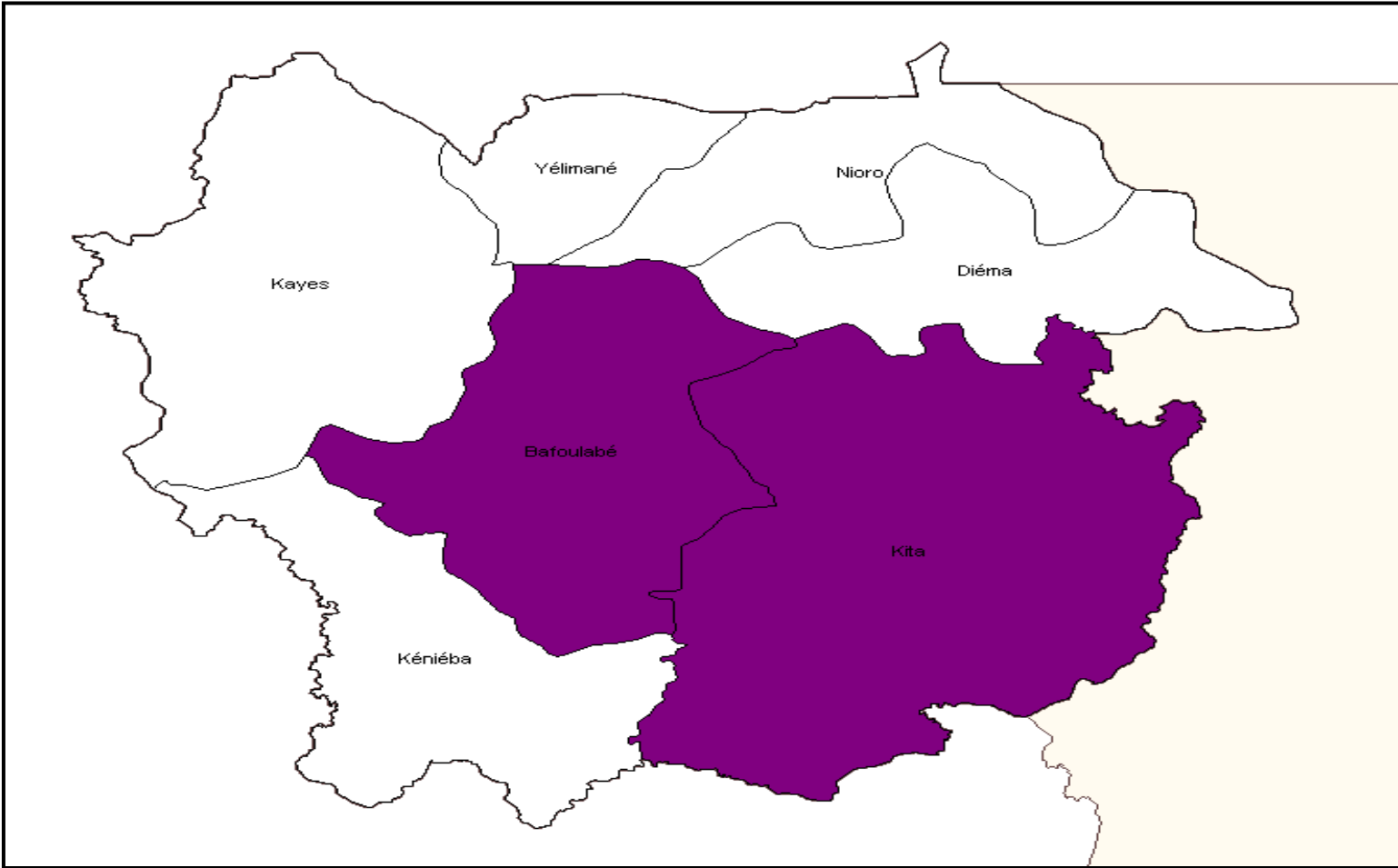
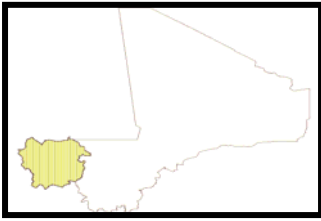
Répartition de la prévalence du trichiasis trachomateux et du trachome cicatriciel chez les femmes de 15 ans et plus.

Région	TT	TS
Kayes	3,3	26,2
Koulikoro	3,9	21,4
Sikasso	2,9	25,8
Ségou	1,8	12,9
Mopti	1,7	30,8
Tombouctou	1,2	18,6
Gao-Kidal	0,65	22,1
Total	2,51	23,7

La prévalence nationale du trichiasis était de 2,51% et elle était de 3,3% dans la région de Kayes. Le trachome cicatriciel était 23,7% et de 26,2% dans la région de Kayes.

METHODOLOGIE

1-Cadre de l'étude



Graphique n°1 : Découpage sanitaire de la région de Kayes

La région de Kayes représente la première région administrative du Mali.

Elle est découpée en 7 cercles correspondant chacun à 1 district sanitaire (Diéma, Nioro, Yélimané, Kayes, Kéniéba, Bafoulabé et Kita),

Les districts sanitaires concernés par l'enquête sont Bafoulabé et Kita.

Ils couvrent une superficie de km² pour une population de habitants en 2006.

L'enquête nationale de prévalence du trachome de 1996-97, a révélé des prévalences nationales de 34,9% pour le trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans et de 2,5% pour le trichiasis chez les femmes de 15 ans et plus.

Pour la région de Kayes, ces chiffres étaient respectivement de 48,4% et 3,3%.

2-Population de l'étude

Il s'agit des enfants de 0 à 9 ans et les sujets de 15 ans et plus du district sanitaire de Bafoulabé.

3-Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête rétrospective par sondage aléatoire à deux degrés.

4-Echantillonnage

La méthode de sondage en grappe décrite par l'OMS dans le cadre de l'évaluation des couvertures vaccinales, a été utilisée.

Ainsi, 20 grappes ont été choisies au hasard. Les grappes correspondent à des villages.

La localisation des villages a été faite à partir de la liste des villages du district et l'effectif cumulé de leur population. L'intervalle de sondage a été obtenu en divisant la population cumulée totale par 20, le nombre de grappes. Pour la localisation de la première grappe, un nombre a été tiré à partir de la table des nombres au hasard. Elle était située dans le village dont la population cumulée était supérieure ou égale au nombre tiré au hasard.

La deuxième grappe était située dans le village dont la population cumulée était supérieure ou égale à la somme du pas de sondage et du nombre tiré au hasard.

Pour les autres grappes, on a ajouté systématiquement le pas de sondage à la population de chaque village. La localisation de la grappe correspondait au village dont l'effectif cumulé renfermait le chiffre ainsi mentionné.

La taille de l'échantillon du district est donnée par la formule suivante :

$$n = \frac{\Sigma \alpha p q}{d} \quad \text{où } p = \text{taux de prévalence du trachome}$$

i^2

$q = 1 - p$

i = précision de l'étude

d = effet grappe

Σ = proportion d'unités statistiques

Chez les enfants, il s'agissait d'évaluer la prévalence du trachome actif. La taille de l'échantillon sera déterminée en fonction des éléments suivants :

$P = 20\%$ car il devrait baisser en principe au terme des actions entreprises après l'enquête de 1996-97

$i = 5\%$

$d = 4$

$\alpha = 5\%$.

Chez les femmes de 15 ans et plus, la prévalence des TT devait être évaluée. La taille de l'échantillon est calculée en fonction des éléments suivants :

$p = 1,5\%$ car il devrait baisser en principe au terme des interventions réalisées après l'enquête de 1996-97

$i = 5\%$

$d = 2\%$

$\alpha = 5\%$.

Chez les hommes de 15 ans et plus, la prévalence des TT devait être évaluée. La taille de l'échantillon est calculée en fonction des éléments suivants :

$p = 1$ car il est en principe plus bas chez les hommes que chez les femmes

$i = 5\%$

$d = 2\%$

$\alpha = 5\%$.

A partir des tailles ainsi calculées, le nombre de ménages à enquêter a été également reparti entre les grappes de chaque district.

Dans un village, le choix de la première concession a été fait à partir d'un espace fonctionnel (Comme marché, mosquée). La pointe d'un crayon, bic ou tout autre outil

pointu pivotant donnait l'orientation sur la première concession. La deuxième concession est obtenue en ajoutant un pas. Ce pas correspond au nombre total de ménages dans le village divisé par le nombre de ménages à enquêter multiplié par le nombre moyen de ménages à enquêter.

Dans une concession, tous les ménages qui s'y trouvaient ont été enquêtés.

Un guide a été élaboré et mis à la disposition des équipes pour un bon déroulement de l'enquête.

5-Technique et instruments de collecte des données

L'examen oculaire a été systématique pour le diagnostic des différentes formes de trachome.

La codification simplifiée proposée par l'OMS, a été notre référence selon la technique suivante :

- éversion des 2 paupières supérieures (chaque œil étant examiné et codifié séparément)
- examen à l'aide d'une loupe de 2,5 et à une lumière suffisante (du jour ou à la torche) de la conjonctive tarsienne supérieure. L'examen commençait par les paupières et la cornée à la recherche de cils dévié ou de déviation cornéenne. On procédait ensuite à l'éversion de la paupière supérieure pour examiner la conjonctive qui tapisse sa partie la plus rigide (conjonctive tarsienne).

La codification a été faite suivant les critères suivants :

- ***Trachome folliculaire (TF)*** : présence de 5 follicules ou plus sur la conjonctive tarsienne supérieure
- ***Trachome intense (TI)*** : épaissement inflammatoire prononcé de la conjonctive tarsienne masquant plus de la moitié des vaisseaux profonds du tarse;
- ***Cicatrice trachomateuse (TS)***: présence de cicatrices sur la conjonctive tarsienne supérieure.

- **Trichiasis trachomateux (TT):** 1 cil au moins, frottait le globe oculaire. L'évidence de l'épilation récente de cil(s) déviées) a été considérée comme un trichiasis.
- **Opacité cornéenne (CO) :** opacité cornéenne évidente recouvrant l'aire pupillaire.

N.B.

- Tous les signes à retenir devaient avoir une existence évidente.
- En cas de codification différente au niveau des yeux d'un même sujet, la codification la plus grave a été retenue.

Etait considéré trachomateux actif présentant les critères de TF ou TI

6-Plan d'analyse des données tout sujet

Les données récoltées ont été saisies sur le logiciel Epi-info version 6.

Un contrôle de qualité des données recueillies sur le terrain afin d'identifier des erreurs possibles, a été réalisé de même qu'un nettoyage systématique du fichier.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, de graphiques ou sous forme narrative

7-Test préliminaire

Pendant une journée les supports ont été testés.

Par la même occasion, les résultats des examens oculaires ont été codifiés.

8-Considérations éthiques

- Les enfants et adultes qui présentaient des signes de trachome évolutif ont été traités gratuitement par l'équipe d'enquête avec la pommade tétracycline 1%;
- Les sujets de 15 ans et plus avec un trichiasis ont été référés sur leur accord au centre de santé le plus proche où une chirurgie palpébrale « gratuite » était faisable.

9- Plan de travail

Pour la réalisation de cette étude, il y avait :

- 2 équipes composées chacune d' 1 enquêteur, 1 superviseur et 1 chauffeur.
- 2 véhicules
- 1 agent de saisie

RESULTATS

A- Caractéristiques socio-démographiques des patients en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé.

Tableau I : Répartition des enfants de moins de 10 ans enquêtés selon les tranches d'âge en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé.

Tranches d'âge (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
0-4	574	47,7
5-9	629	52,3
Total	1203	100

La tranche d'âge 5-9 ans représentait 52,3% de l'échantillon.

Tableau II : Répartition des enfants de moins de 10 ans enquêtés selon le sexe en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	609	50,6
Féminin	594	49,4
Total	1203	100

Le sexe masculin était le plus représenté avec 50,6% de l'échantillon.

Tableau III : Répartition des sujets de 15 ans et plus enquêtés selon les tranches d'âge en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Tranches d'âge (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
15-19	192	19,6
20-59	671	68,6
60 et +	116	11,8
Total	979	100

La tranche d'âge 20-59ans représentait 68,6% de l'échantillon.

Tableau IV : Répartition des sujets de 15 ans et plus enquêtés selon le sexe en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	309	31,6
Féminin	670	68,4
Total	979	100

Le sexe féminin était le plus représenté avec 68,4% de l'échantillon.

B- Caractéristiques cliniques des patients en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé.

Tableau V : Répartition des enfants de moins de 10 ans selon la présence du trachome folliculaire ou intense (TF/TI en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

TF/TI	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Présence	15	1,25
Absence	1188	98,75
Total	1203	100

1,25% des enfants de moins de 10 ans avaient des TF/TI.

Tableau VI : Répartition des enfants de moins de 10 ans atteints des TF/TI selon les tranches d'âge en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Tranches d'âge (ans) TF/TI	0-4		5-9	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Présence	6	1,04	9	1,43
Absence	568	98,96	620	98,57
Total	574	100	629	100

La tranche 5-9 ans était la plus affectée avec 1,43%.

Tableau VII : Répartition des enfants de moins de 10 ans atteints des TF/TI selon le sexe en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé.

Sexe TF/TI	Masculin		Féminin	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Présence	9	1,51	6	0,98
Absence	585	98,49	603	99,02
Total	594	100	609	100

Le sexe masculin était le plus touché avec 1,51%.

Tableau VIII : Répartition des enfants de moins de 10 ans selon l'aspect du visage en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Aspect du visage	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Sale	229	19
Propre	974	81
Total	1203	100

81% des enfants de moins de 10 ans avaient le visage propre

Tableau IX : Répartition des enfants de moins de 10 ans atteints des TF/TI selon l'aspect du visage en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Aspect du visage TF/TI	Sale		Propre	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
OUI	6	2,62	9	0,92
NON	223	97,38	965	99,08
Total	229	100	974	100

2,62% des enfants au visage sale avaient des TF/TI.

Tableau X : Répartition des enfants de moins de 10 ans selon la présence des mouches sur le visage en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Présence	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Oui	4	0,33%
Non	1199	99,67
Total	1203	100

99,67% des enfants n’avaient pas les mouches sur le visage.

Tableau XI : Répartition des enfants de moins de 10 ans atteints de TF/TI selon la présence des mouches sur le visage en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé.

Mouches sur le visage	Présence		Absence	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
TF/TI				
OUI	1	25	14	1,17
NON	3	75	1185	98,83
Total	4	100	1199	100

25% des enfants avec des mouches sur le visage avaient des TF/TI.

Tableau XII : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon la présence des TF/TI en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

TF/TI	Effectif absolu	Pourcentage (%)
OUI	2	0,20
NON	977	99,80
Total	979	100

0,20% des sujets de 15 ans et plus avaient des TF/TI.

Tableau XIII : Répartition des sujets de 15 ans et plus atteints des TF/TI selon les tranches d'âge en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Tranche s d'âge (ans) TF/TI	15-19		20-59		60 et plus	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Présence	0	0	1	0,15	1	0,86
Absence	192	100	670	99,85	115	99,14
Total	192	100	671	100	116	100

La tranche d'âge 60 ans et plus était la plus touchée avec 0,86%.

Tableau XIV : Répartition des sujets de 15 ans et plus atteints des TF/TI selon le sexe en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Sexe	Masculin		Féminin	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Présence	1	0,32	1	0,15
Absence	308	99,68	669	99,85
Total	309	100	670	100

Le sexe masculin semble plus touché que le sexe féminin avec 0,32%

Tableau XV : Répartition des sujets de 15 ans et plus selon la Présence du trachome cicatriciel (TS) en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

TS	Effectif absolu	Pourcentage (%)
OUI	31	3,17
NON	948	96,83
Total	979	100

3,17% des sujets de 15 ans et plus avaient le trachome cicatriciel

Tableau XVI : Répartition des sujets de 15 ans et plus atteints du trachome cicatriciel selon la tranche d'âge en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Tranche d'âge (ans) TS	15-19		20-59		60 et plus	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Présence	1	0,52	24	3,57	6	5,17
Absence	191	99,48	647	96,43	110	94,83
Total	192	100	671	100	116	100

La tranche d'âge 60 ans et plus était la plus affectée avec 5,17%.

Tableau XVII : Répartition des sujets de 15 ans et plus atteints du trachome cicatriciel selon le sexe en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Sexe TS	Masculin		Féminin	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
OUI	10	3,24	21	3,13
NON	299	96,76	649	96,87
Total	309	100	670	100

Les deux sexes masculin et féminin étaient presque équitablement atteints avec respectivement 3,24% et 3,13%.

Tableau XVIII: Répartition des sujets de 15 ans et plus Selon la présence du trichiasis trachomateux (TT) en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

TT	Effectif absolu	Pourcentage (%)
OUI	21	2,15
NON	958	97,85
Total	979	100

2,15% des sujets de 15 ans et plus avaient le trichiasis trachomateux.

Tableau XIX: Répartition des sujets de 15 ans et plus atteints du trichiasis trachomateux (TT) selon les tranches d'âge en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Tranche s d'âge (ans)	15-19		20-59		60 et plus	
	Effectif absolu	Pourcentag e (%)	Effectif absolu	Pourcentag e (%)	Effectif absolu	Pourcentag e (%)
TT						
OUI	0	0	13	1,94	8	6,90
NON	192	100	658	98,06	108	93,10
Total	192	100	671	100	116	100

La tranche d'âge 60 ans et plus était la plus touchée avec 6,90%.

Tableau XX: Répartition des sujets de 15 ans et plus atteints du trichiasis trachomateux (TT) selon le sexe en 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé

Sexe	Masculin		Féminin	
	Effectif absolu	Pourcentage (%)	Effectif absolu	Pourcentage (%)
TT				
OUI	7	2,27	14	2,09
NON	302	97,73	656	97,91
Total	309	100	670	100

Les deux sexes masculin et féminin étaient presque équitablement atteints avec respectivement 2,27% et 2,09%.

Tableau XXI: Répartition de la distribution de l'azithromycine en 2005 dans district sanitaire de Bafoulabé

Population	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Population traitée	1304888	65,7
Population non traitée	68020	34,3
Total	198508	100

65,7% de la population à traitée ont bénéficié de la distribution de l'azithromycine

Tableau XXII: Répartition de la distribution de la pommade tétracycline à 1% en 2005 dans district sanitaire de Bafoulabé

Population	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Population traitée	3667	90,5
Population non traitée	384	9,5
Total	4051	100

90,5% de la population à traitée ont bénéficiés de la distribution de la pommade tétracycline à 1%

Tableau XXIII: Répartition de la distribution cumulée de l'azithromycine et de la pommade tétracycline à 1% en 2005 dans district sanitaire de Bafoulabé

Population	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Population traitée	134155	66,2
Population non traitée	68404	33,8
Total	202559	100

66,2% de la population ont bénéficié de la distribution cumulée.

Tableau XXIV : Répartition de la chirurgie du trichiasis trachomateux (TT) de 2003 à 2004 dans district sanitaire de Bafoulabé

TT	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Opérés	167	75,6
Non opérés	54	24,4
Total	221	100

75 ,6% des cas de TT ont bénéficié de la chirurgie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Echantillon.

IL S'agissait d'une enquête de prévalence du trachome menée du 14 au 23 novembre 2005 dans le district sanitaire de Bafoulabé après distribution de masse d'azithromycine. Il s'est agi d'une enquête transversale, par sondage aléatoire à deux degrés dans le district sanitaire après avoir appliqué la stratégie CHANCE pendant 3 ans et qui avait pour objectif General d'Evaluer la prévalence du trachome.

Au total 1203 enfants de moins de 10 ans ont été examinés dans l'ensemble du district sanitaire de Bafoulabé dont 609 de sexe féminin et 594 de sexe masculin.

Les sujets de 15 ans et plus étaient à 979 dont 68,53% étaient dans la tranche d'âge 20-59 ans et 670 étaient de sexe féminin soit 68,43%.

2- Trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans.

Dans notre étude, la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans était de 1,25%.

L'enquête nationale menée en 1996-1997 estimait la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans à 34,9%.

Quant à la région de Kayes cette prévalence était de 42,5%.

Une étude similaire menée dans le district de Dioïla au cours de la même période après 3 ans de mise en œuvre de la stratégie CHANCE a retrouvé une diminution de la prévalence du trachome actif chez les moins de 10 ans et les sujets de 15 ans et plus, respectivement à 0,81% et 0,42% [16].

Au Maroc (Errachidia), la prévalence du trachome folliculaire est passée de 34,5% en 1999 à 10% en 2001 après la mise en œuvre de la stratégie « chance » (13).

Cette baisse considérable s'explique par le traitement de masse à l'azithromycine et à la pommade de tétracycline ainsi que par les activités de sensibilisation des parents.

La prévalence prédominait dans la tranche d'âge 5-9 ans avec 1,43%. Elle prédominait chez les enfants de 3 ans en 1996-1997 avec 49,2% (18). Dans cette tranche, les parents surveillent peu les enfants.

Le sexe masculin prédominait avec 1,51%. La prédominance du sexe masculin était de 35,7% en 1996-1997 (18). Les garçons jouent plus fréquemment que les filles et font le plus souvent des jeux très salissant.

3- Trachome actif chez les sujets de 15 ans et plus.

La prévalence du trachome actif chez les sujets de 15 ans et plus était de 0,20%. Les sujets de 15 ans et plus prennent plus soins d'eux même.

La tranche d'âge 60 ans et plus prédominait avec 0,86%. En 1996-1997 (18) la tranche d'âge 15-20 ans prédominait avec 13,3%. L'hygiène insuffisante due à la négligence peut expliquer cette prédominance.

Le sexe masculin prédominait avec 0,32% dans notre étude. Les femmes semblent prendre plus soins d'elles même que les hommes.

4-Traitement de masse par l'azithromycine et de la pommade tetracyline.

La couverture de la population par l'azithromycine était de 65,7% et celle par la pommade tétracycline à 1% était de 90,5% soit une couverture cumulée de 66,2%.

Des études ont prouvé que le traitement par l'Azithromycine réduisait la prévalence du trachome actif.

Une étude réalisée à Bankass en 2002 par Sima S [29] a montré l'efficacité de l'Azithromycine sur le trachome ; la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 11 ans avant la distribution de l'Azithromycine était

à 55,6% et elle a baissé à 24,4% après 6 mois de distribution de l'Azithromycine.

Une autre étude faite par Hurt F et coll [11] en Gambie a démontré que l'utilisation de l'Azithromycine par voie orale semble prévenir la cécité due au trachome.

La prévalence du trachome actif avant la distribution était de 16% ; deux mois plus tard elle était passée à 4,6% dans le groupe traité par l'Azithromycine et de 5,1% dans le groupe traitée par la tétracycline.

La distribution de masse de l'Azithromycine et de la pommade tétracycline à 1% au cours de la stratégie « CHANCE » s'appuyait sur les recommandations de l'OMS qui estime que lorsque la prévalence du trachome actif est égale ou supérieure à 10% dans une population, un traitement de masse doit être fait. Cette distribution était faite par les agents de santé et les relais situés dans les villages. Elle était coordonnée par le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC) et l'Initiative Internationale pour la Lutte Contre le Trachome (ITI).

5- Nettoyage du visage et changement d'environnement.

81% des enfants de moins de 10 ans avaient le visage propre. Le rôle de réduction du trachome actif par le nettoyage du visage avait été déjà démontré par Resnikoff S et Queguiner (27).

99,5% des enfants n'avaient pas de mouches sur le visage. Francis V et Turner V (9) avaient montré que le visage propre attirait moins de mouches et réduisait le risque de se faire infecter.

La prise de conscience par le biais des radios de proximité des parents notamment des mères sur l'importance du nettoyage du visage, l'amélioration des points d'eau et des activités d'assainissement de

l'environnement notamment la construction et l'utilisation de latrines pourrait expliquer ces résultats.

6- Trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus.

La prévalence du trichiasis trachomateux dans la population de 15 ans et plus était de 2,15%.

L'enquête nationale sur le trachome en 1996-1997 estimait la prévalence du trichiasis trachomateux à 2,51% [18].

Cette prévalence était de 3,3% dans la région de Kayes en 1996-1997.

L'étude menée dans le district sanitaire de Dioïla a retrouvé une prévalence du trichiasis trachomateux chez les sujets de 15 ans et plus à 1,48% [16].

Au Maroc (Errachidia) la prévalence du trichiasis trachomateux est passée de 3,2% en 1999 à 1,8% en 2001(13) après la mise en œuvre de la stratégie « chance ».

La prévalence du trichiasis trachomateux dans notre étude reste toujours supérieure au seuil de 1% de l'OMS.

La négligence de la population, plutôt préoccupée par les activités champêtres au lieu de se faire examiner ou de se faire opérer au niveau des centres de santé pourrait expliquer cette baisse moins considérable par rapport à la prévalence de 1996-1997 et du seuil de l'OMS.

La tranche d'âge 60 ans et plus était la plus touchée avec 6,90%. Le trichiasis étant une complication d'âge avancé et la négligence de cette tranche d'âge peuvent justifier cette prévalence élevée.

Le trichiasis affectait équitablement les deux sexes, avec respectivement 2,27% pour le sexe masculin et 2,09% pour le sexe féminin.

7- Chirurgie du trichiasis.

75,6% des cas de trichiasis trachomateux recensés ont bénéficiés de la chirurgie.

Des études, faites dans d'autres pays notamment le Maroc, ont démontré l'efficacité de la chirurgie décentralisée dans la réduction des cas de trichiasis [22].

Les résultats obtenus par notre étude s'expliqueraient par le fait que la chirurgie était organisée sous la forme d'une stratégie avancée qui consistait à faire déplacer les opérateurs de trichiasis vers les villages.

La formation des opérateurs du trichiasis a permis d'augmenter les effectifs et améliorer ainsi le nombre d'interventions chirurgicales du trichiasis.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Notre étude portait sur l'impact de la mise en œuvre de la stratégie « CHANCE » dans la lutte contre le trachome dans le district sanitaire de Bafoulabé en 2005.

Les taux de prévalence nous ont permis de montrer l'impact de la mise en œuvre de cette stratégie.

La prévalence du trachome actif était de 1,25% dans la population de moins de 10 ans et prédominait dans la tranche d'âge 5-9 ans avec 1,43% et dans le sexe masculin avec 1,51%.

Elle était de 0,20% dans la population de 15 ans et plus et prédominait dans la tranche d'âge 60 ans et plus avec 0,86% et dans le sexe masculin avec 0,32%.

Ces résultats constituent un impact positif considérable car inférieur au seuil de 10% de l'OMS.

81% des enfants de moins de 10 ans avaient le visage propre et 99,5% n'avaient pas de mouche sur le visage.

La prévalence du trichiasis trachomateux était de 2,15% dans la population de 15 ans et plus et prédominait dans la tranche d'âge 60 ans et plus avec 6,90%. La prévalence était de 2,27% dans le sexe masculin et de 2,09% dans le sexe féminin.

Le trichiasis trachomateux reste encore un problème de santé publique car sa prévalence est toujours supérieure au seuil de 1% de l'OMS.

Les résultats satisfaisants obtenus sur le trachome actif ne semblent pas seulement être liés à la distribution de l'Azithromycine et de la pommade tétracycline mais aussi aux activités d'assainissement de l'environnement et à l'amélioration du niveau socio-économique du milieu.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement aux :

Coordinateur du PNLC

- ◆ Poursuivre et étendre la mise en œuvre de la stratégie « CHANCE » dans le district sanitaire de Bafoulabé dans ses autres aspects (CH, N et CE)
- ◆ Renforcer les volets nettoyage du visage et changement de l'environnement
- ◆ Renforcer l'IECS
- ◆ Evaluer régulièrement la mise en œuvre de la stratégie « CHANCE » dans des sites sentinelles.

Médecins ophtalmologues :

- ◆ Prendre en charge correctement les cas de trachome pour empêcher l'évolution vers le trichiasis.
- ◆ Expliquer aux malades l'importance de se faire opérer dans un centre de santé le plus tôt possible pour éviter des complications.

Populations :

- ◆ Evacuer les déchets et construire des latrines pour éviter la pilulation des mouches.
- ◆ Consulter précocement les agents spécialisés en ophtalmologie chaque fois qu'il y a présence de trichiasis.
- ◆ Promouvoir une hygiène individuelle et collective.

REFERENCES

1- APPIT.

Infections oculaires.

In: APPIT, Ed E. Eppily. Montmonency: 2M2; 1996: 147-150.

2- Bailey RL, Anullendan P, Whitle HC, Mabey DC.

Randomized controlled trial of single azithromycin in the treatment of trachoma.

Lancet, 999, 342: 453-456.

3- Dembélé A.

Etude de la prévalence du trachome dans le cercle de Douentza de la région de Mopti au Mali.

thés. med.2005. N°58.

4- Diallo KL.

Efficacité clinique de trois stratégies de distribution de l'azithromycine pour le contrôle du trachome au Mali.

thés. med.2002. N°58.

5- Emerson P, Frost L, Bailey RL, Mabey DC.

Mise en oeuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome.

6- Emerson PM, Lindsay SW, Alexander N, Bah M, Dibba SM, Faal HB, Lowe KO, Mc Adam KPWJ, Ratcliffe AA, Walnaven GEL, Bailey RL.

Role of flies and provision of latrines in trachoma control, a cluster randomized controlled trial.

Lancet, 363: 1093-1098.

7- Emerson PM, Caimncross S, Bailey RL, Mabey DC.

Review of the evidence base for the fend and E. components of the Safe strategy for trachoma control.

Trop Med Int Health 2000, 5: 515-27.

8- Frick KG, Basilion EV, Hanson CL, Colchero MA.

Estimating the burden and economic impact of trachomatous visual loss.

Ophthalmic Epidemiol 2003, 10: 121-32.

9- Francis V, Turner V.

L'appui communautaire en faveur de la lutte contre le trachome. Guide de l'action sanitaire de district.

OMS, Genève. 1995.

10- Fattorusso V, Ritter O.

Vademecum Clinique. Le trachome.

Edit, Masson, Paris. 2004. 1647-1648.

11- Hunt F, Bailey RL, Tobin L, Consens S et al.

Efficacy of oral azithromycin versus tropical tetracycline in mass treatment of endemic trachoma.

12- Gentillini M.

Ophthalmologie.

In Médecine Tropicale. 2ème Edit, Flammarion, Paris. 1995.

13-Gabriel Coscas, Georges Cornand.

Revue internationale du trachome et de pathologies oculaires tropicales et subtropicales et de santé publique.2001-2003

14- Holm SO, Jha HC, Bhatta EC et al.

Comparaison of two azithromycin distribution strategies for controlling trachoma in Nepal.

Bull WHO 2001, 79: 194-200.

15- Jungas T.

Etude de la mort cellulaire induite par la bactérie intracellulaire stricte, Chlamydia.

Mémoire de Sciences de la vie et de la terre. Ecole pratique des hautes études d'Evry. 2005.

16- Longtchi Sonwa PB.

Impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans la lutte contre le trachome dans le district sanitaire de Dioila en 2005.

thés. med.2005. N°07-M-224.

17- Lietman T, Ponco T, Dawson C, Blower.

Global elimination of trachoma: How frequently should we administer mass chemotherapy?

Nat Med 1999, 5: 572-6.

18-,J F Schémann, D Sacko, A Banou, S Bamani, B Boré, S Coulibaly, M Ag El Mouchtahide .

Cartographie du trachome au Mali: résultat d'une enquête nationale.Bulletin de l'OMS, 70,6 :599-606.

20- Mariotti SP, Pruss A.

La stratégie CHANCE, prévenir le trachome. Guide d'assainissement et d'hygiène.

WHO/OMS, ITI, Genève, 2000.

21- OMS

La lutte contre le trachome, perspectives.

WHO/PBC/96-97.

22- OMS

Rapport de la première réunion de l'Alliance pour l'Elimination Mondiale du Trachome.

WHO/PBL/GET/07.1.

23- OMS

Stratégies recommandées par l'OMS contre les maladies transmissibles, prévention et lutte.

WHO /CDS/CPE/SMT. 2001, 13, 163.

24- OMS

Rapport de la troisième réunion de l'Alliance pour l'Élimination Mondiale du trachome.

WHO/PBD/GET/93.3.

25- Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC)

Le trachome.

Prévoir pour Voir 2003, 79 : 2-5.

26- Pichard E, Minta D.

Maladies infectieuses.

Edit CF-MAC, Bamako, 2004 : 150-152.

27- Resnikoff S, Queguiner.

Trachome.

Encyl Med Chir, Ophtalmologie, Elsevier, Paris, 8.037G-10, 21-140 A10, 2000.

28- Secrétariat Général, Direction Nationale de la Santé, Programme National de Lutte contre la Cécité.

Stratégie de communication pour la lutte contre le trachome au Mali.

30 janvier 2003.

29- Sima S.

Impact de la distribution de masse de l'azithromycine générique pour le contrôle du trachome dans le cercle de Bankass.

thès.med.2003.N°39.

30- Sal MB, Schemann JF, Sar B, Faye M, Momo G, Mariotti SP, Negrel AD.

Le trachome au Sénégal : résultats d'une enquête nationale.

Med Trop 2003, 63 : 53-59.

31- Solomon AW, Holland MJ, Bunton MJ et al.

Stratégies for control of trachoma: observational study with quantitative. PCR.

Lancet, 362: 198-204.

32- West S, Munoz B, Lynch M et al.

Impact of face washing on trachoma in Kongwa, Tanzania.

Lancet 1995, 345: 155-8.

33- West SK.

Blinding trachoma: prevention with the safe strategy.

Am J Trop Med Hyg 2003, 69: 18-23.

34- West SK.

Trachoma: new assault on an ancient disease.

Progress in retinal and eye. Research, 2004, 23, 4: 381-401.

Annexe 1

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Tchoko Legheda
Prénom : Landry
Titre de la thèse : Impact de la mise en œuvre de la stratégie
« Chance » dans la lutte contre le trachome dans le
district sanitaire de Bafoulabé. Résultats de 2005.
Année de soutenance : 2008
Ville de la soutenance : Bamako
Pays de soutenance : Mali
Secteurs d'intérêt : Ophtalmologie, Santé publique
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de
Pharmacie et d'odonto-stomatologie de l'université
de Bamako

Résumé : Il s'agit d'une étude rétrospective durant la période du 14 au 23 novembre 2005.

Elle se portait sur des populations 1203 enfants de moins de 10 ans et de 979 enfants et adultes de 15 ans et plus.

L'objectif général était d'étudier l'impact de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE dans le district sanitaire de Bafoulabé.

Après l'enquête nationale de 1996-1997 qui estimait que la prévalence du trachome actif était à 34,9 % chez les enfants de moins de 10 ans et que celle du trichiasis trachomateux à 2,51% chez les individus de plus de 15 ans, on devrait s'attendre théoriquement à des résultats meilleurs après 3 ans de mise en œuvre de cette stratégie.

Nos constats étaient les suivants : la prévalence du trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans était de 1,25% pour une prédominance de la tranche d'âge 4-9 ans avec 1,43% et du sexe masculin avec 1,51%. Elle était de 0,20 % chez les 15 ans et plus et prédominait dans la tranche d'âge 60 ans et plus avec 0,86% et du sexe masculin avec 0,32%. La prévalence du trichiasis trachomateux dans la population de 15 ans et plus était

de 2,15% et prédominait dans la tranche d'âge 60 ans et plus avec 6,90% et elle était répartie équitablement dans les deux sexes. 81% des enfants avaient le visage propre et 99,5% n'avaient pas de mouches sur le visage.

Mots clés : Trachome- impact- stratégie chance- Bafoulabé.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !